

Medical & Dental History

医療・歯科関係経歴

Patient Name: 患者氏名

Physician's Full Name & Phone Number/ Date of last physical Exam:

かかりつけの医師の名前と電話番号/身体検査をした日

In the event of emergency, is there someone whom we may call? His/Her Name & Number

緊急時に連絡できる方はいますか?

氏名と電話番号

If you have ever been hospitalized, had a major operation or are currently under the care of a physician, please explain.

入院したり、大きな手術をされたり、現在医師にかかっているやっていますか? ご説明ください。

What prescriptions/over the counter drugs are you taking? Please list each one.

現在処方箋または、薬局で購入した薬を取っていますか? 薬の名前を列記してください。

Select any that apply to you: 以下に当てはまる事項はありますか?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Current health : Good 現在の健康状態は良好 | <input type="checkbox"/> Allergic to Penicillin ペニシリンアレルギー |
| <input type="checkbox"/> Current health : Fair 現在の健康状態は普通 | <input type="checkbox"/> Allergic to Erythromycin エリスロマイシン |
| <input type="checkbox"/> Current health : Poor 現在の健康状態は良くない | <input type="checkbox"/> Allergic to Tetracycline テトラサイクリンアレルギー |
| <input type="checkbox"/> Pregnant 妊娠中 | <input type="checkbox"/> Allergic to Sulfa サルファ剤アレルギー |
| <input type="checkbox"/> Birth Control Pills 避妊薬 | <input type="checkbox"/> Allergic to Aspirin アスピリンアレルギー |
| <input type="checkbox"/> Nursing 授乳中 | <input type="checkbox"/> Allergic to Codeine コデインアレルギー |
| <input type="checkbox"/> Smoker/Tobacco User 喫煙・タバコ製品を使用 | <input type="checkbox"/> Allergic to Dental Anesthetics 歯科麻酔薬アレルギー |
| <input type="checkbox"/> Ever taken Phen-Fen or diet drugs フェンフェンまたはその他のダイエットの薬を取ったことがある | <input type="checkbox"/> Allergic to Epinephrine エピネフリンアレルギー |
| <input type="checkbox"/> Hormone Therapy ホルモン治療 | <input type="checkbox"/> Allergic to Metals/Nickel/Jewelry 金属/ニッケル/アクセサリ |
| <input type="checkbox"/> Allergic to Latex Rubber レイテックスアレルギー | <input type="checkbox"/> Other (please explain below) その他 (以下に明記してください) |

Select any of the following if you presently or have had the condition in the past:

現在または、過去にかかったことのある疾病を選択してください。

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abnormal/Excessive Bleeding
出血異常・多量出血 | <input type="checkbox"/> Excessive Thirst
異常なほどの渇き | <input type="checkbox"/> Lung Disease
肺病 |
| <input type="checkbox"/> Acid Reflux
胃食道逆流症 | <input type="checkbox"/> Fainting Spells/Dizziness
気絶発作・めまい | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse
左房室弁脱出 |
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD
多動症・注意欠陥障害 | <input type="checkbox"/> Frequent Cough
頻繁なせき | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis
多発症硬化症 |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/Drug Dependency
アルコール・麻薬中毒 | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches
頻繁な頭痛 | <input type="checkbox"/> Pacemaker
ペースメーカー |
| <input type="checkbox"/> Anemia
貧血 | <input type="checkbox"/> GI/ Colitis
胃腸の不快感/結腸炎 | <input type="checkbox"/> Parathyroid Disease
副甲状腺病 |
| <input type="checkbox"/> Anxiety
不安症 | <input type="checkbox"/> Glaucoma
緑内障 | <input type="checkbox"/> Psychiatric Care
精神病ケア |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Gout
関節炎・痛風 | <input type="checkbox"/> Hay Fever
枯草熱 | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment
放射線治療 |
| <input type="checkbox"/> Artificial Bone/Joints/Valves
人口骨・関節・弁 | <input type="checkbox"/> Head Injuries
頭部損傷 | <input type="checkbox"/> Recreational Drug Use
麻薬使用 |
| <input type="checkbox"/> Asthma
喘息 | <input type="checkbox"/> Heart Attack/Heart Disease
心臓発作・心臓病 | <input type="checkbox"/> Respiratory Problems
呼吸器官障害 |
| <input type="checkbox"/> Autism
自閉症 | <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Heart Defect
心雑音・心臓疾患 | <input type="checkbox"/> Rheumatic Scarlet Fever
リュウマチしょう紅熱 |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease
血液病 | <input type="checkbox"/> Heart Surgery
心臓手術 | <input type="checkbox"/> Rheumatism
リュウマチ |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusion
輸血 | <input type="checkbox"/> Hemophilia
血友病 | <input type="checkbox"/> Seizures
ひきつけ |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Chemotherapy
ガン・化学療法 | <input type="checkbox"/> Hepatitis A or B
肝炎 A、B | <input type="checkbox"/> Shingles
帯状疱疹 |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain
胸の痛み | <input type="checkbox"/> Herpes/Fever Blisters
ヘルペス・口唇ヘルペス | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease/Traits
鎌状赤血球疾患 |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol
コレステロール | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
高血圧 | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble
副鼻腔障害 |
| <input type="checkbox"/> Congenital Heart Problem
先天性心臓疾患 | <input type="checkbox"/> HIV +/- Aids
HIV+・エイズ | <input type="checkbox"/> Stroke
脳卒中 |
| <input type="checkbox"/> Cortisone Treatment
コルチゾン治療 | <input type="checkbox"/> Hives
じんましん | <input type="checkbox"/> Swelling of Feet/Ankles
足や足首のむくみ |
| <input type="checkbox"/> Deep Vein Clot
深部静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> HPV
ヒト・パピロマ・ウイルス | <input type="checkbox"/> Thyroid Problems
甲状腺障害 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes
糖尿病 | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia
低血糖症 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
肺結核 |
| <input type="checkbox"/> Difficulty Breathing/Shortness
呼吸困難・短呼吸 | <input type="checkbox"/> Kidney Problems
腎臓疾患 | <input type="checkbox"/> Ulcers
潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> Emphysema
肺気腫 | <input type="checkbox"/> Liver Disease
肝臓病 | <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice
黄疸 |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy
てんかん | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure
低血圧 | |

Other: Please explain その他：説明してください。

--

Reason for visit: 来院の理由

Previous Dentist Name and Phone Number: 以前通っていた歯科医師の名前と電話番号:

Month and Year of Last Visit or Cleaning: 最後に歯医者に行ったまたは、歯科クリーニングの年月:

Has anything ever happened in previous experiences at the dentist that was reason not to return?:

通っていた歯医者で戻りたくない経験をされましたか?

Yes はい No いいえ

If yes, please explain: はいと答えられた場合、以下に説明してください。

What is your primary concern that you would like us to address first?

一番気になっていてまず治療したいことは何ですか?

What needs to happen for you to consider our office an excellent choice for you? Example might be: Being pain free, in great dental health, having whiter teeth, no more silver fillings, cost, etc. PLEASE WRITE ANSWER BELOW:

当医院が貴方のニーズにお答えするためには何が必要ですか? たとえば、痛みの解消、口腔の健康維持、もっと白い歯になる、銀の詰め物を歯の色に取り替える、治療費が払えるなど。いかに、答えを記入してください。

What do you value the most about your dental care? PLEASE WRITE ANSWER BELOW:

歯科に関して貴方にとって一番大切なことは何ですか? 以下に記入してください。

COSMETIC – You most value how your teeth look. Want them straight. Want them white.

審美－ルックスが一番大事。白くてきれいな歯並びを求めている。

FUNCTION - You most value an ability to enjoy your favorite foods and drinks. Don't want to be limited to just eating on one side or area. No food or drink should be off limits to you.

機能－好きな食べのめや飲み物を楽しめることが一番大事。片側だけでしか噛めなかったり食べ物や飲み物の制限が無いようにしたい。

COMFORT – You most value NOT being in pain or having any tooth or gum sensitivity.

快適さ－痛みや知覚過敏が無いことが一番大事。

LONGEVITY – You value the ability to have your natural teeth forever. You wish to have the work you have done in the chair to last as long as possible.

長寿－自分のはを永遠に使えることが一番大事。一度治療をしたらそれが長持ちすることを期待する。

What is the most important objection or obstacle you have to visiting a dental office? Please write answer below:

歯医者に行くにあたって抱きがちな心配は問題は何ですか?以下に記入してください。

NO OBJECTIONS OR OBSTACLES - I come faithfully every 6 months and value my dental health.

心配や問題はない-6ヶ月に1回は通って口腔内の健康を保つことが大事。

FEAR - Of pain. Noises. Environment. Past experiences, Expense.

歯科恐怖症-痛み、音、環境、過去の体験、金額

TIME - Tight schedule. Getting appointments to suit your schedule. Not able to take off work, etc. Getting in and out of office quickly.

時間-忙しいスケジュール、スケジュールに合う予約日時、仕事を休めないなど。迅速に時間通りに治療されること

HAVE NOT HAD A SENSE OF URGENCY - Nothing really hurts so haven't seen need to go to dentist in years or something has been hurting at some level for awhile but I've been able to live with it.

必要を感じない-長年痛みがないので、歯医者に行く必要性を感じない。多少の痛みや不快感はあるが我慢できる。

NO TRUST - Felt you were told you needed treatment you didn't need. Felt ripped off. Bad previous experience. Didn't give me any date to support treatment they recommend.

不振感-必要の無い治療が必要だといわれた気がする。ぼったくられた気がする。過去のいやな経験。薦める治療をサポートするデータが無かった。

How often do you visit the dentist? 歯医者に行く頻度は?

- Once a year check Up
年に一回のチェックアップ
- Twice a year Check Up
年に2回のチェックアップ
- Only when I have a problem
問題があるときのみ

Do you have or experience any of the following: 以下に当てはまる事項はありますか?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TMJ (jaw disorder)
顎関節症 (側頭下顎異常) | <input type="checkbox"/> Wear a nightguard
ナイトガードを使っている |
| <input type="checkbox"/> Dry mouth
口が良く乾燥する | <input type="checkbox"/> Bad breath
口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> Had gum treatment
歯周病の治療をしたことがある | <input type="checkbox"/> Gag easily
簡単に吐き気を催す |
| <input type="checkbox"/> Nervous about dental care
歯科治療を受けるのは緊張する | <input type="checkbox"/> Problems with dental care
歯科治療を受けるのに問題がある |
| <input type="checkbox"/> Frequent heavy snoring
よくいびきをかく | <input type="checkbox"/> Being told you stop breathing with sleeping
就寝中呼吸が止まるといわれたことがある |
| <input type="checkbox"/> Gasping for air
息切れをする | <input type="checkbox"/> Feeling unrefreshed in the morning
起床時すっきりしない |
| <input type="checkbox"/> Significant daytime drowsiness
日中睡魔に襲われる | <input type="checkbox"/> Morning headaches
朝頭痛がある |
| <input type="checkbox"/> Nighttime Choking spells
就寝中のどに何か詰まる | <input type="checkbox"/> Nighttime teeth grinding or clenching
就寝中歯ぎしりをしたり、歯を強く噛みしめる |
| <input type="checkbox"/> Facial pain
顔がいたい | <input type="checkbox"/> Jaw clicking, jaw locking, jaw pain
顎がカクカクしたり、しまらなくなったり痛みがある |
| <input type="checkbox"/> Previous orthodontics
口歯科矯正をしたことがある | <input type="checkbox"/> Uncomfortable bite
咬み合せがよくない |
| <input type="checkbox"/> Mouth ulcers
口内炎 | <input type="checkbox"/> Tender gums or bleeding gums
歯茎が痛かったり出血がある |
| <input type="checkbox"/> Edge of teeth worn down
歯の先が削れている | <input type="checkbox"/> Teeth/fillings breaking
歯や詰め物が壊れる |